

FACULTE MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N° 31

LES FORMES PSYCHIQUES PURES OU PRÉVALENTES DE L'HYPERTHYROIDIE

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale
et de Pharmacie de Marseille

Le 9 Avril 1940

PAR

PIERRE PAUL SASSI

Né le 21 Juin 1912, à NICE (Alpes-Maritimes)

INTERNE DES HOPITAUX DE NICE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. CORNIL, *Président*
MONGES,
POINSO,
PAILLAS,

Assesseurs

MARSEILLE
Imprimerie Ant. GED
48, Rue Paradis

1940



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LES FORMES PSYCHIQUES PURES
OU
PRÉVALENTES DE L'HYPERTHYROIDIE

FACULTE MIXTE
D¹⁰
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE N^o

LES FORMES PSYCHIQUES PURES OU PRÉVALENTES DE L'HYPERTHYROIDIE

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale
et de Pharmacie de Marseille

Le 9 Avril 1940

PAR

PIERRE PAUL SASSI

Né le 21 Juin 1912, à NICE (Alpes-Maritimes)

INTERNE DES HOPITAUX DE NICE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs	{	MM. CORNIL, <i>Président</i>	{	
		MONGES,		
de la Thèse		POINSO,		<i>Assesseurs</i>
		PAILLAS,		

MARSEILLE
Imprimerie Ant. GED
48, Rue Paradis

—
1940

PERSONNEL DE LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : L. CORNIL

Assesseur : A. CHEVALLIER

Doyen honoraire : L. IMBERT

Professeurs honoraires : MOITESSIER, CASSOUTE

Chargés de Cours honoraires : TIAN, BRUN

Secrétaire : J. COMTE

Bibliothécaire : M^{lle} GEORGE

Professeurs :

Anatomie	CORSY
Anatomie pathol. et Pathol. expérimentale	CORNIL
Bactériologie	ROUSLACROIX
Chimie analytique et hydrologie	RIMATTEI
Chimie médicale	ROCHE
Clinique chirurgicale	FIOLLE
Clinique chirurgicale	BOURDE
Clinique exotique	HECKENROTH
Clinique des maladies nerveuses	ROGER
Clinique médicale	AUDIBERT
Clinique médicale	OLMER
Clinique médicale	MATTEI
Clinique médicale infantile	GIRAUD
Clinique obstétricale	VAYSSIÈRE
Clinique ophtalmologique	AUBART
Clinique oto-rhino-laryngologique	BREMOND
Clinique urologique	CHAUVIN
Histoire naturelle	GABRIEL
Histologie	ROMIEU
Hygiène générale et coloniale	VIOLE
Médecine légale	MOSINGER
Parasitologie	JOYEUX
Pathologie interne	MONGES
Pharmacodynamie et matière médicale	F. MERCIER
Pharmacie	VIGNOLI
Physiologie	COTTE
Physique	CHEVALLIER
Thérapeutique	GAUJOUX
Stomatologie (Professeur sans chaire)	BELTRAMI
Physiologie (Professeur sans chaire)	MALMEJAC

Chargé de Cours

Clinique dermatologique	VIGNE
-------------------------------	-------

Agrégés en exercice

MM. J. PIERI	MM. POINSO	MM. FIGARELLA	MM. CHOSSON
JAYLE	DUBOULOZ	SALMON	IMBERT
MOIROUD	SAUTET	PAILLAS	AUDIER
CARCASSONNE	BALANSARD	ARNOUX	DOR
BERTHIER	BRAHIC	DELPHAUT	RECORDIER

Agrégé libre

M. QUINTARET

Chargés des fonctions d'agrégé

Chimie médicale	DERRIEN
-----------------------	---------

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie descriptive et topographique	SALMON
Chimie minérale	ARNOUX
Médecine du travail	PERIOT
Médecine opératoire	DOR
Microbiologie	QUINTARET
Obstétrique	CHOSSON
Pharmacodynamie aux Pharmaciens	DELPHAUT
Psychiatrie	ALLIEZ
Toxicologie	GUILLIOT



A MA MERE

A MON PERE

Je leur dois tout. Leur affection est ma
plus grande force.

A LA MEMOIRE DE MON FRERE

A MA SŒUR

En témoignage de ma profonde
affection.

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

Messieurs les Docteurs :

Dominique MINICONI

Georges CASTELLANI

Joseph GLAICHENHAUS

Jean ROBERT

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur L. CORNIL

*Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Marseille*

Professeur d'Anatomie Pathologique

Il m'a fait le très grand honneur de présider cette thèse. Je le prie de trouver ici l'expression de ma respectueuse gratitude et de ma vive admiration.

A MON JURY DE THESE

Monsieur le Professeur MONGES

*Professeur de Pathologie Interne
Médecin des Hôpitaux*

Monsieur le Professeur Agrégé POINSO

Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Professeur Agrégé PAILLAS

Hommage respectueux.

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MARSEILLE

ET DES HOPITAUX DE MARSEILLE

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE NICE

Monsieur le Docteur COSSA

Neurologue des Hôpitaux

Je lui dois ce travail. La dette que je lui ai me paraît trop grande pour que ma gratitude se puisse exprimer.

Je vois en lui le Maître qui a guidé mes études médicales et auprès duquel j'ai toujours trouvé le réconfort d'une très grande bienveillance.

Qu'il me permette de lui exprimer ici toute mon admiration et ma reconnaissance.

Monsieur le Docteur FAY

Chirurgien des Hôpitaux

Il m'a initié à la chirurgie. La magnifique organisation de son service et l'esprit qui l'anime demeureront pour moi des modèles de travail et de conscience professionnelle. C'est aussi une très grande fierté pour moi d'être honoré de son estime et de l'assurer de toute ma reconnaissance.

MADAME LE DOCTEUR DALBERA-GAYRAUD

Médecin des Hôpitaux

J'ai eu l'honneur d'être son interne durant près de deux années, qui comptent parmi les plus fructueuses de mes études médicales.

Qu'elle veuille bien trouver ici l'expression de ma respectueuse gratitude pour ses conseils toujours empreints d'estime et de confiance.

MONSIEUR LE DOCTEUR TOURTOU

Chirurgien Urologue des Hôpitaux

Il m'a enseigné l'urologie. La clarté de son savoir, la vivacité de son intelligence, sa très grande bonté demeureront pour moi inoubliables.

MONSIEUR LE DOCTEUR BARRAYA

Chirurgien des Hôpitaux

Qu'il me permette ici de l'assurer de ma respectueuse amitié et de lui exprimer ma très vive admiration.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SAURIN

Médecin des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR VIAN

Médecin des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR AUGIER

Médecin des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR LECOCQ

Médecin Radiologue des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR AMEDEO

Médecin des Hôpitaux

Hommage respectueux.

A MES PREPARATEURS
AU CONCOURS DE L'INTERNAT

Monsieur le Docteur RAIBAUDI

Monsieur le Docteur MEIFFRET

Amicale reconnaissance.

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MADAME MATHIEU

Infirmière-Major du Service de Neurologie

A MADAME LA SUPERIEURE
DES SŒURS DE SAINT-VINCENT-DE-PAUL
ET AUX SŒURS DE L'HOPITAL PASTEUR

A L'ADMINISTRATION DES HOPITAUX DE NICE

INTRODUCTION

Il est toujours difficile d'apprécier les relations entre une anomalie biologique et un trouble psychique : suivant les tendances de son esprit, chaque auteur tendra à exagérer ou à minimiser l'intimité de ces rapports, les faisant varier de la stricte causalité à la banale coïncidence.

Les manifestations psychiques du mal de Basedow n'ont pas échappé à ces hésitations : non que l'on discute sur la constance des banales anomalies de caractère du basedowien évident, ni sur la réalité des « délires aigus terminaux », heureusement de plus en plus rares. Mais les cas ne sont pas rares où l'on trouve chez un malade à la fois des troubles psychiques plus ou moins typiques et des signes frustes d'hyperthyroïdie. Il arrive ainsi que chez un malade mental, l'examen systématique révèle les seules anomalies biologiques de la même affection. La difficulté est grande dans ce cas, d'apprécier ce qui relève de la perturbation endocrinienne et ce qui revient à la prédisposition psychique ou à toute autre cause. Un seul test paraît avoir ici une valeur absolue : le test thérapeutique. Si le seul traitement endocrinien fait évoluer parallèlement les deux ordres de perturbations, c'est qu'elles avaient la même commune origine au corps thyroïde.

Notre Maître, le docteur COSSA, frappé depuis dix ans de la fréquence des petits basedowiens dans le midi méditerranéen (peut-être l'influence de l'iode marin?)

s'est attaché dans une série de publications à définir ces relations. C'est l'ensemble de ces documents qu'il a bien voulu nous autoriser à mettre en œuvre dans ce trop court travail, précipité dans sa rédaction par les circonstances présentes.

HISTORIQUE

Avant d'aborder l'étude des formes psychiques pures ou prévalentes de l'hyperthyroïdie, il nous paraît intéressant de tracer un bref historique des troubles psychiques du syndrome de Basedow.

Lorsque GRAVES, en 1835, décrivait le goître exophtalmique, il notait déjà la fréquence « d'accidents hystériques ». Depuis les manifestations mentales des basedowiens ont fait l'objet de descriptions nombreuses. TROUSSEAU trace un tableau magistral de ce véritable délire aigu, qui fut improprement qualifié de manie basedowienne. A vrai dire, ces états d'excitation psychique extrême, d'agitation intense, qui peuvent entraîner la mort, deviennent de plus en plus rares.

En 1874, ROBERTSON, puis plus récemment, CLAUDE, SAITON, NAGY, ABELY, précisent l'état mental commun des basedowiens. SAINTON, SIMONET et BROUHA, dans leur *Traité d'Endocrinologie* (1937) en donnent une description particulièrement imagée. « Les malades, écrivent ces auteurs, sont mobiles dans leurs émotions, leurs affections et leurs désirs, dans un état de tension émotionnelle, permanent, prêts à réagir avec violence à la moindre excitation ; on a pu dire que leur colère atteint à la folie, que la crainte arrive à l'anxiété, la gaieté à l'agitation... les paroxysmes brusques suscités par des chocs émotionnels successifs chevauchent les uns sur

les autres... De là naissent les troubles du caractère : impatience, irascibilité, impulsivité, passage rapide de la gaieté à la tristesse, de l'affectuosité à l'hostilité... Ils ont un véritable désordre choréique de l'intelligence, leur activité est sans orientation soutenue ».

Ainsi les descriptions des différents auteurs relatives à l'état mental commun des basedowiens paraissent concordantes.

L'accord est également complet en ce qui concerne le délire aigu que peut réaliser l'hyperthyroïdie à son stade terminal, mais dès que l'on s'écarte de ces formes mentales les opinions les plus diverses se font jour. Et dès lors, de nombreux auteurs ont décrit des états de confusion mentale (SOUKHAMPF, PARHON et NARBE), délire de type persécution (RENAUT, DALMAS, CLAUDE, PHILIPS), états hallucinatoires (BIGGS, JOFFROY, AUSTIN), dépression avec anxiété (KATZENELBOGEN et LUTON, DE LIVERDO et NAGY), obsession et idées fixes (NAGY, DE LIVERDO).

Des auteurs comme MARTIN, DALMAS, INGHAM et NIELSEN, VERMEYLEN, KATZENELBOGEN et LUTON, MOERSCH divisent leurs cas en psychoses d'épuisement, délire aigu, crises disthymiques. Enfin, on a pu observer au cours d'intoxications thyroïdiennes médicamenteuses, des manifestations mentales à type de confusion (FERRANINI et BOINET, ROQUE, BON), états psychasthéniques (BON), véritable manie (BOINET). C'est sans doute ces cas que nous venons de citer qui prêtent le plus à controverse.

Cependant dans tous ces cas, le syndrome endocrinien revêtait une intensité telle qu'il dominait la scène, le syndrome mental paraissait bien contingent, qu'il soit habituel ou passager, léger ou grave.

Par contre, il existe des malades, qui venaient ou que l'on amenait directement au neurologue ou au psychiatre pour des troubles de l'humeur ou du comportement. Tout, dans leur histoire, qu'elle soit bruyante ou bénigne, paraît psychique ; seul, un examen systématique fait apparaître des signes d'hyperthyroïdie souvent très estompés, frustes. Ainsi se fait jour cette notion de formes psychiques pures et prévalentes de l'hyperthyroïdie que nous allons envisager dans ce travail.

LES SYNDROMES PSYCHIATRIQUES

La classification des syndromes psychiatriques observés nous est apparue particulièrement difficile. Cependant, deux grandes catégories de malades s'opposent d'une façon très nette. Dans la majorité des cas (75 %), il nous a été donné d'observer des troubles mentaux ne dépassant pas en intensité ce que l'on considère comme l'état psychique habituel des basedowiens. Au contraire, dans les autres cas (25 %), nous étions en présence d'un syndrome psychiatrique sévère. Il apparaît dès lors, rationnel, de décrire, d'une part, des *syndromes psychiques mineurs*, correspondant à l'état psychique habituel des basedowiens. D'autre part, des *syndromes psychiques majeurs* qui s'opposent aux premiers par leur gravité.

1° LES SYNDROMES PSYCHIQUES MINEURS

Il ne paraît pas conforme à la réalité clinique de décrire, suivant un tableau univoque et stéréotypé, l'état psychique habituel des basedowiens. Nous pensons que l'on peut distinguer parmi eux quatre formes. Cette distinction devient facile, si, renonçant aux néologismes complexes, nous adoptons pour désigner nos malades, mentaux au premier chef, le qualificatif qu'ils emploient eux-mêmes pour peindre leur caractère.

1° *Les « instables-émotifs »* (Observat. 13, 14, 15)

Le plus souvent, les malades se présentent au médecin parce qu'ils sont « nerveux ». Lorsqu'ils sont assez cultivés pour s'analyser, ils expliquent qu'ils sont toujours « sous pression », qu'ils se sentent bousculés, harcelés ; que leur esprit est sollicité de tous les côtés à la fois. Tout cela crée chez eux une grande fatigue intellectuelle, s'accompagnant souvent de sensation extrêmement pénible de constriction du visage ou de vide céphalique. L'entourage de ces malades nous trace un tableau de cette activité débordante, bruyante, activité désordonnée, que le moindre incident de la vie quotidienne vient perturber dans un sens qu'il est impossible de prévoir. Ces malades ne paraissent pas connaître la fatigue physique et, dans la majorité des cas, ils s'accommodent parfaitement bien d'insomnie souvent très marquée.

Leur affectivité, elle aussi, n'est pas « raisonnable », les causes profondes de chagrin retentissent souvent moins qu'une simple vétille. Ainsi, nervosisme, suractivité, instabilité sont les trois éléments quasi-constants du syndrome, auquel s'ajoute dans la moitié des cas, une extrême émotivité.

2° *Les « anxieux »* (Observat. 1, 2, 3, 4).

D'autres fois, le malade nous est amené pour des phénomènes d'anxiété. Il s'agit, presque toujours, d'une anxiété essentiellement capricieuse dans son intensité et dans ses réactions aux causes extérieures. L'intéressé lui-même ne lui reconnaît aucune explication, elle ne se systématisé sur aucun thème. Souvent, ces malades répondent violemment aux facteurs émotionnels, avec une nuance toujours pénible s'accompagnant de vérita-

bles paroxysmes cénestopathiques : pesanteur épigastrique, constriction cervicale, boule qui monte de l'épigastre au cou, où elle s'arrête et étouffe. Enfin, une fois sur trois, l'anxiété s'exagère jusqu'à une tendance dépressive manifeste, avec des interprétations ébauchant un thème délirant dans le sens mélancolique.

3° *Les « anxieux agités »* (Observat. 5, 6, 8).

Ces malades sont anxieux, tout comme ceux que nous venons de voir, souvent davantage, mais leur anxiété s'extériorise avec véhémence et s'accompagne d'une suractivité intense. Ici, l'insomnie est de règle et l'insomnie avec exacerbation de l'angoisse et des idées anormales. Très souvent, dans plus de la moitié des cas, la tendance dépressive va jusqu'à des idées mélancoliques franches, parfois jusqu'à des idées de suicide. Cependant, quand l'anxiété s'apaise, le malade est le premier à faire la critique de ces idées mélancoliques.

4° *Les « pseudo-psychasthéniques
et pseudo-neurasthéniques »* (Observat. 7)

Beaucoup plus rarement, le malade n'est ni anxieux, ni agité. Il vient parce qu'il se sent fatigué, las, avant d'avoir travaillé, las dès son réveil, et las physiquement autant que moralement. Il éprouve une extrême difficulté au travail intellectuel et, en raison de troubles fonctionnels digestifs (pesanteur post-prandiale, constipation), on le considère comme un ptosique ; d'autres fois, en raison des palpitations, de phénomènes angineux complaisamment décrits, il est considéré comme un cardiaque. Cette fatigue psychique est presque toujours génératrice d'un sentiment pénible d'impuissance intellectuelle ; d'où une certaine tendance

dépressive. Cela a été une surprise pour nous que de trouver d'indiscutables syndromes basedowiens derrière une telle façade.

2° LES SYNDROMES PSYCHIQUES MAJEURS

(Observat. 9, 10, 11, 12)

Dans 25 % des cas environ, nous sommes en présence de malades présentant une affection psychiatrique sévère des mieux caractérisée, mais les aspects que peuvent réaliser ces formes sont d'une remarquable variété.

a) Les hallucinés.

Un certain nombre de nos malades présentait un syndrome hallucinatoire net. Nous avons noté six cas de syndrome d'action extérieure avec hallucination franche de l'ouïe, s'accompagnant deux fois de réactions antisociales. Il convient de noter que dans un des cas que nous rapportons dans ce travail, les hallucinations étaient récemment survenues chez une sourde, continuellement harcelée d'acouphènes par sclérose de l'oreille moyenne. Une autre fois, enfin, il ne s'agissait point d'hallucinations auditives, mais une débile au cours de paroxysme d'angoisse, « voit des flammes et comme des figures ».

b) Les interprétants.

Trois malades répondaient à ce type :

Une basait sur la conduite toute naturelle de son mari des idées de jalousie ; une autre accusait son fils d'indélicatesse, sa bru d'inconduite, la troisième infirmière se croyait persécutée par ses camarades.

Ajoutons que cinq de nos cas ne rentraient dans aucun des cadres précédents : une malade systématisait son anxiété autour de thèmes obsessionnels multiples ; chez une autre, les idées obsédantes étaient accompagnées d'une dissociation psychique suffisante pour avoir fait porter antérieurement le diagnostic de schizophrénie ; une autre agrémentait une anxiété évidente de vaticinations vagues sur une mission à remplir ; une autre associait curieusement à l'agitation anxieuse banale, une dangereuse mythomanie perverse ; une dernière, enfin, a successivement accumulé comme à plaisir tant de manifestations psycho-pathologiques, sporadiques et différentes qu'elle ne peut être classée dans aucune entité nosographique.

OBSERVATIONS

Nous ne rapportons ici que quelques observations parmi les plus typiques. Elles concernent des malades de clientèle privée et des malades de la consultation et du service de neuro-psychiâtrie).

OBSERVATION I

Madame Ch..., 28 ans, souffre depuis deux ans d'un syndrome anxieux. Elle raconte que toute sa vie elle a été nerveuse, elle a toujours eu « mauvais caractère » : « Je pleure toute la journée, je vais mourir, je suis une ratée ». Ses règles ont toujours été irrégulières.

L'examen révèle un tremblement fin des extrémités. Il existe un petit goître médian. Pouls : 100. Assise : 96 - R. O. C. : 96-92. T. A. 14-8. M. B. + 38 %.

Devant ces constatations, on traite par la radiothérapie thyroïdienne, 24 séances, avec l'appoint de la solution de Lugol (30 gouttes par jour à 5 %).

Amélioration nette des troubles psychiques et des troubles endocriniens.

OBSERVATION II

Madame G..., 26 ans, infirmière.

La malade est vue pour la première fois en août 1935 pour une anxiété d'origine thyroïdienne M. B. + 30 %. Elle est traitée avec succès par l'iode et la radiothérapie thyroïdienne. Cependant, l'amélioration ne se maintient pas et elle revient en juillet 1936 pour les mêmes phénomènes anxieux. L'examen ne révèle aucun des signes ordinaires de la maladie de Basedow, si ce n'est une tachycardie d'ailleurs modérée. Pouls : 99 R.O.C. 90-80. M. B. + 27 %.

24 séances de R. X. amènent une amélioration rapide ; la malade n'a plus été revue depuis.

OBSERVATION III

Monsieur C..., 27 ans, étudiant en droit.

Le malade est vu en 1933 pour des phénomènes de spasme digestif et d'inhibition génitale.

Revient en novembre 1935 pour :

1° Emotivité extrême (Ne peut boire dans un verre à pied) ;

2° Tremblement à type émotif ;

3° Eclat du regard, R. O. C. 80-64.

M. B. + 65 %.

Devant ces constatations, on traite par la radiothérapie thyroïdienne et l'ingestion de solution de Lugol.

Le malade est revu le 9 juin 1936 et l'on note alors une amélioration nette des phénomènes d'inhibition génitale.

Le 7-7-36. — Très amélioré au point de vue tremblement. A pu passer son examen écrit de licence.

Le 7-12-37. — L'amélioration se maintient toujours, a pu passer sa licence, est à ce moment-là, avocat stagiaire.

Guérison confirmée en 1939.

Ce malade présentait subsidiairement une ancienne paralysie du plexus brachial secondaire à une compression vertébrale depuis longtemps fixée.

OBSERVATION IV

Monsieur B..., 29 ans.

Vient consulter la première fois le 23-1-37 pour un syndrome anxieux que déclancherait la moindre émotion.

Le malade accuse également un léger tremblement. Il existait un petit goître depuis l'âge de 15 ans. Pouls : 92 R. O. C. 92-76 M. B. + 20 %. Après quelques séances de radiothérapie, le M. B. est à + 5 %, mais le malade demeure toujours très émotif.

Le 14-12-37. — Vient de terminer sa radiothérapie thyroïdienne ; il persiste un léger tremblement, mais l'amélioration psychique est extrêmement nette.

Depuis, cette amélioration s'est toujours maintenue.

OBSERVATION V

Madame C..., 30 ans.

Vient consulter le 22-2-37 pour phénomènes d'anxiété très marquée, s'accompagnant de crises de palpitations avec sensation d'arrêt du cœur. Amaigrissement. L'examen montre un léger tremblement et l'existence d'un petit goître diffus. Pouls : 140 T. A. 12-7. M. B. + 35 %. Le traitement médical et physiothérapique n'apportent aucune amélioration, les phénomènes d'anxiété deviennent de plus en plus importants.

Le 27-6-37 : thyroïdectomie totale. On assiste rapidement à une transformation complète de l'état mental. Pouls : 80. M. B. — 10 %.

L'amélioration s'est maintenue depuis cette date et ce malade peut actuellement être considéré comme guéri.

OBSERVATION VI

Mademoiselle T..., 31 ans, secrétaire.

Vient consulter le 22-11-34 pour des angoisses très marquées s'accompagnant d'insomnies. Les règles sont irrégulières. A l'examen, nous sommes en présence d'une jeune femme très maigre présentant un tremblement pris dans l'attitude du serment. Pouls : 90 T. A. 12-6. R. O. C. 90-96. La malade est calmée pendant plus de deux mois par un traitement d'extrait testiculaire, elle a grossi et ses règles sont normales. Mais elle revient en mai 1935 accusant les mêmes phénomènes que précédemment. Une nouvelle série d'extrait testiculaire paraît de nouveau améliorer son état ; mais devant un échec ultérieur, on pratique les épreuves biologiques.

Le 18-11-1935. — M. B. + 65 %. Reçoit une série de R. X. Les règles sont redevenues normales, les phénomènes d'anxiété ont presque complètement disparu.

Le 6-1-36. — L'amélioration se maintient toujours.

La malade n'a plus été revue depuis cette date.

OBSERVATION VII

Monsieur G..., 43 ans.

Vient consulter pour une fatigabilité extrême, pour une impossibilité à prolonger son travail, accuse également une

tendance très marquée à la « neurasthénie », avec ses conséquences ultimes. Le malade se présente comme un très grand émotif, très sensible au moindre bruit (auto-klaxons). A présenté antérieurement des crises de dépression. Ses crises ont duré deux mois.

Actuellement, ces phénomènes durent depuis un an et s'accompagnent de troubles digestifs : pesanteur post-brandiale, éructation, langue saburrale, haleine fétide. On porte, à ce moment-là, le diagnostic de crise dépressive chez un digestif avec tendance hypochondrique.

Vient de nouveau consulter le 27-10-36 pour les mêmes troubles ; il n'existe aucun signe de Basedow, si ce n'est une tachycardie d'ailleurs modérée. R. O. C. : 96-100. T. A. : 12-7. M. B. + 23 %. Reçoit seulement quelques séances de radiothérapie : Amélioration nette. Pouls : 84 R. O. C. : 84-76.

OBSERVATION VIII

Mademoiselle C..., 37 ans.

Vient consulter pour idées de persécution sans systématisation, mais s'accompagnant d'une angoisse très marquée, d'une suractivité incessante, qui ne connaît aucun repos. Au moment de l'examen, la malade paraît faire la critique de ses idées délirantes, elle en plaisante même. Accuse souvent des palpitations, amaigrissement, phénomènes vaso-moteurs. L'examen révèle un tremblement fin des extrémités et l'existence d'un goître très peu apparent. Pouls : 88. R. O. C. : 88-92. La malade fait un séjour de deux mois à Briançon pendant lequel les divers troubles paraissent s'améliorer. Mais dès son retour, ils reprennent avec une intensité accrue ; elle aurait présenté la veille du jour où elle vient consulter une grande crise d'excitation psychique.

Radiothérapie thyroïdienne. Amélioration nette qui s'est maintenue depuis.

OBSERVATION IX

(a été publiée à la Réunion Neurologique de 1934)

Madame Justine Fa...

C'est une femme de 57 ans, qui a mené dans sa famille une existence bien tranquille et toute normale. Depuis 15 jours, des

voix l'injurient ; depuis trois jours, on commente ses actes ; depuis la veille, on menace sa vie par des gaz asphyxiants.

En fait, l'interrogatoire de la famille apprend d'abord que, depuis plusieurs mois, la malade est inquiète, dort mal, se querelle avec les voisins ; ensuite, que depuis le même laps de temps, le goître fibreux qu'elle porte depuis 37 ans a grossi. L'examen ne montre aucun des signes de Basedow, mais, outre le goître, une hypertension artérielle à 20-13-9.

Madame Fa... subit une thyroïdectomie subtotale (exérèse des seules régions adénomateuses), à la suite de quoi la tension artérielle tombe à 14-5-8.

Les troubles psychiques cèdent en même temps, si complètement, que la malade en fait elle-même la critique pour le passé.

La guérison se maintient donc jusqu'au printemps 1937 (donc trois ans après notre présentation de 1934).

A ce moment, la malade revient nous consulter. Depuis deux mois, elle était anxieuse. Depuis 15 jours, on l'ennuie ; parfois quand elle est à sa vaisselle, il lui semble entendre des gens qui l'injurient et cela paraît venir par l'évier. L'examen clinique montre une augmentation nette du goître qui s'est reformé aux dépens de ce qui avait été laissé de glande (quoique bien moindre que la première fois). Mais cette fois, les signes de syndrome de Basedow sont nets, et dès lors la chirurgie n'a pas dû intervenir. Le repos, l'iode et la radiothérapie ont suffi à tout ramener dans l'ordre, dans l'ordre endocrinien comme dans l'ordre psychique.

OBSERVATION X

Madame B..., 38 ans

Vient consulter en janvier 1937. Elle a commencé dès sa 18^e année à perdre l'ouïe ; la surdité par ostéo-spongieuse bilatérale, est totale depuis 6 ans environ, et s'accompagne d'acouphènes continuels. Jusqu'ici, la malade n'a pas présenté d'anomalies psychiques importantes. Cependant, dès son mariage, elle a manifesté une jalousie excessive (aux dires de son mari). Elle a toujours été bien réglée.

C'est au début de novembre 1936 que sa santé se gâte : cela débute par des troubles vaso-moteurs intenses (congestion pénible de la face), qui durent encore. Rapidement, la malade est

devenue anxieuse, pleurant une partie de la journée, et anxieuse au sujet de tout. A noter que, malgré cette anxiété et ces pleurs, la malade était continuellement en mouvement, et qu'elle était fort irritable. En même temps, ses règles sont devenues beaucoup plus pauvres que par le passé (menstruations de novembre-décembre-janvier). Vers le 15 ou 20 décembre, elle a cessé de pleurer ; la petite excitation qu'elle présentait est devenue euphorique.

A l'examen (27 janvier), la présentation frappe, parce que bien inhabituelle chez une hallucinée. Surexcitation euphorique, aspect enjoué (si bien qu'on fera une P. L. de contrôle, aux résultats rigoureusement normaux). L'interrogatoire, difficile, se fait uniquement par questions écrites auxquelles elle répond oralement : elle a une T. S. F. dans la tête, qui lui fait entendre la voix de gens qu'elle connaît et qui sont loin de Nice, alors que sa surdité l'empêche d'entendre les interlocuteurs présents. Elle paraît éprouver de l'écho de la pensée, et peut-être du commentaire des actes. (C'est comme une conversation dans ma tête, et j'y réponds. On sait ce que je pense).

Elle reconnaît de bonne grâce la constance et la réalité de ses acouphènes, mais « ç'a na rien à voir avec les mots ».

On est tout de suite frappé par l'existence d'un goître médian, mal limité, diffus, assez volumineux (orange). Il n'y a pas d'exophtalmie, mais du tremblement, une tachycardie marquée, une T. A. aux limites supérieures de la normale 15-8, et à l'auscultation, on constate l'existence d'un souffle systolique, siégeant à la base, que sa faiblesse, son inégalité dans le temps, l'absence de toute anomalie radiologique de l'aorte ou du cœur, font considérer comme fonctionnel et dû à la compression thyroïdienne. Le métabolisme de base est de 20 % au-dessus de la normale.

Devant ces constatations, on traite par radiothérapie thyroïdienne (3.000 R. moyennement pénétrants), avec l'appoint de la solution de Lugol (40 gouttes par jour à 5 %). Une première série améliore la thyrotoxicose sans la guérir. La tension artérielle demeure à 15-8, les phénomènes vaso-moteurs sont les mêmes, le métabolisme de base est encore à + 18 %. Mais le tremblement a disparu, et la tachycardie a complètement cessé. Parallèlement à cette amélioration partielle de l'élément endocrinien, une curieuse évolution s'est faite de l'état hallucinatoire : d'abord la malade n'a plus entendu que des phrases rythmées (allant chez le radiologiste, elle entendait éternelle-

ment répéter : « Docteur le cœur bat, Docteur le cœur bat »). Maintenant elle n'entend plus de voix, mais seulement : « Comme un carillon dans la ville, ce n'est pas moi ; en ce moment, le carillon n'y est pas ; mais j'entends à de certains moments, comme de la musique, une marche funèbre. Peut-être un grand appareil de T. S. F. dans la ville qui s'amuse aux dépens des gens ».

L'impression d'amélioration est confirmée par les modifications du comportement ; Madame B... dort maintenant ; elle est beaucoup plus calme ; elle a recommencé à tenir son ménage. Mais elle demeure euphorique et souriante. Elle se trouve elle-même assez bien pour ne pas continuer les soins.

Et son mari, satisfait de voir revenir un comportement social normal, ne fait pas reprendre la radiothérapie.

OBSERVATION XI

Madame G..., 60 ans.

Il y a 15 ans aurait déjà présenté une crise nerveuse. Depuis quelque temps, nervosité et suractivité extrêmement marquées.

Plus récemment, idées délirantes, s'imaginer en particulier que son fils a volé des titres. Son agitation, son irritabilité ne cessent de s'accroître ; en dehors de ces crises, cette femme serait tout à fait normale si elle ne geignait doucement quand elle est seule.

A l'examen, on note l'existence d'un goître net, diffus, qui remonterait à 1902. Par ailleurs, ne présente aucun des signes cardinaux du syndrome de Basedow. Pouls : 92. R. O. C. : 92-96. T. A. : 13 1/2-16. M. B. + 72 %.

Thyroïdectomie le 2 décembre 1936.

Le 18-1-37, la malade est très calme. Elle raconte toutes les idées délirantes de sa période d'excitation, avec une critique complète : « C'est impossible ce que je leur en ai fait voir... » Je ne voulais pas me faire opérer, non pas parce que j'avais peur, mais parce qu'ils le voulaient et que j'avais l'esprit de « contrarier ». — Cette femme avait fait insérer dans un journal des lettres accusant ses enfants.

M. B. : normal. Pouls : 78. T. A. : 14 1/2-8. Engraissement de 5 kilos.

OBSERVATION XII

Madame C..., 50 ans.

Rapporte les idées délirantes suivantes : « Depuis un an, « on m'envoie un appareil qui m'endort, tantôt dans la tête, « dans le ventre, dans l'estomac... On me dit des saletés, des « viols... de tout. On me tient le rayon dans le corps sans dis- « continuer une minute... A la maison, je me dispute avec tout « le monde ».

Cette malade aurait déjà porté trois plaintes à la gendarmerie contre ses neveux.

A l'examen, on note un léger tremblement fin des extrémités. Pouls : 112. R. O. C. : 112-96. T. A. : 17-8. M. B. + 25 %. Devant ces constatations, on prescrit de la radiothérapie thyroïdienne dont quelques séances seulement ont amené l'amélioration nette.

OBSERVATION XIII

Madame O..., 27 ans.

Vient consulter parce que, depuis environ six mois, son caractère a considérablement changé.

Elle est devenue irascible ; elle néglige ses occupations, ne pouvant fixer son attention sur rien. Depuis deux mois, insomnie presque complète.

L'examen ne révèle aucun des signes habituels de la maladie de Basedow, si ce n'est une tachycardie d'ailleurs modérée (Pouls : 90) et un léger tremblement des extrémités. M. B. + 18 %.

La malade reçoit en trois mois : 3.000 R. Amélioration nette toujours maintenue.

OBSERVATION XIV

Madame G..., 30 ans.

Son entourage nous signale que, depuis plusieurs mois, « elle ne peut tenir en place », présentant des crises de larmes sans raison.

Elle-même déclare « se sentir sous pression ». Pas d'anomalie des règles.

A l'examen, nous sommes en présence d'une femme amaigrie paraissant anxieuse. Il existe un petit goître médian. Pouls : 96. R. U. C. : 96-90. T. A. : 12-8. M. B. + 20 %.

L'association iode et radiothérapie amène une amélioration rapide qui a été consolidée par une autre série de R. X.

OBSERVATION XV

Monsieur L..., 38 ans.

Vient consulter pour sensation de vide dans la tête, constriction épigastrique.

Cet homme, qui avait toujours eu un caractère très affable, présente depuis quelques mois, des colères extrêmement violentes.

A l'examen, on note un tremblement assez important, surtout net aux extrémités. Pouls : 89. R. O. C. : 89-80. T. A. : 14-9. Le malade est d'abord considéré comme un éthylique ; le traitement n'amène aucune amélioration. On fait alors un M. B. + 18 %.

L'amélioration par le traitement physiothérapique est extrêmement rapide.

LE SYNDROME PHYSIQUE ET BIOLOGIQUE

LE SYNDROME PHYSIQUE

Il sera le plus souvent estompé, demandant à être recherché avec soin. Aussi, notre description sera-t-elle très brève. Dans de nombreux cas, nous serons bien éloignés de la riche symptomatologie physique de la maladie de Basedow. En effet, ce n'est que dans un tiers des cas, que nos malades présentaient simultanément, et cela, d'une façon plus ou moins fruste, trois des signes physiques de la maladie ; moins souvent quatre (24 %) ou deux (21 %) ; plus rarement, un seul (18 1/2 %) ; exceptionnellement, les cinq signes ou aucun 1 1/1 %).

L'association tachycardie, tremblement, goître, est la plus fréquemment rencontrée, avec ou sans amaigrissement. Ajoutons enfin, que sur 61 femmes, 28 seulement présentaient des anomalies menstruelles certaines. Malgré leur caractère souvent très fruste, l'existence d'un ou de plusieurs signes de la maladie de Basedow est très importante. Elle permet, en effet, de présumer la nature thyroïdienne des manifestations mentales en présence desquelles on se trouve ; et, par conséquent, de demander aux recherches biologiques d'infirmier ou de confirmer le diagnostic.

LE SYNDROME BIOLOGIQUE

Sa recherche est absolument capitale. Parmi les épreuves biologiques de la maladie de Basedow, il en

est que nous avons irrégulièrement pratiquées : épreuve de l'hyperglycémie provoquée, épreuve de la disparition du glutation oxydé de MM. RIVOIRE et BERMON. Nous n'en tiendrons pas compte. Notons seulement que la dernière a toujours concordé avec la clinique et le métabolisme de base.

Dans l'appréciation de cette recherche que nous avons faite d'une façon systématique, nous avons tenu compte seulement des résultats obtenus dans les meilleures conditions : calme et horaire nécessaires. Ainsi, nous avons dû écarter plusieurs malades chez qui l'agitation rendait l'épreuve impossible ou, en tous cas, très incertaine. D'une façon générale, nous n'avons retenu que les malades dont le métabolisme basal excédait 10 % et si parfois nous avons failli à cette règle, il s'agissait alors de sujet chez lesquels la symptomatologie physique, l'évolution, et la concordance des autres signes biologiques rendaient l'hyperthyroïdie indiscutable. Sur l'ensemble de nos 75 malades, cette augmentation était en moyenne de 18 %.

Voici, résumé dans un tableau, comment se répartit l'augmentation du métabolisme de base :

- « Plus de 50 pour 100 chez 3 sujets (4 % des cas).
- « De 20 à 30 pour 100 chez 4 sujets (5,33 % des cas).
- « De 20 à 30 pour 100 chez 16 sujets (21,33 % des cas)
- « De 10 à 20 pour 100 chez 39 sujets (52 % des cas).
- « De 5 à 10 pour 100 chez 13 sujets (17,3 % des cas)».

L'augmentation moyenne du métabolisme de base esst de 17 % pour les nerveux simples, pour les anxieux simples et pour les pseudo-psychasthénique ou neurasthéniques.

Le chiffre s'élève à 20 % chez les gros mentaux et il atteint 21 % chez les anxieux agités.

LE TRAITEMENT

LES RESULTATS THERAPEUTIQUES

I. — LE TRAITEMENT.

Le traitement mis en œuvre peut être d'ordre médical, physiothérapique ou chirurgical. Ils ont pu être employé séparément, successivement, voire même simultanément. D'une façon générale, c'est au traitement médical que nous avons tout d'abord recours, utilisant ultérieurement le traitement physiothérapique ou chirurgical. Il est naturel que, quelque soit le mode thérapeutique auquel nous accordons notre préférence, nous mettons toujours nos malades au repos plus ou moins complet, nous leur prescrivons un régime hypotoxique ; enfin des sédatifs nerveux (belladone, valériane, bromure, dérivés barbituriques), des sympathicolytiques (eserine, tartrate d'ergotamine), voire même des tonicardiaques, constituent souvent des adjuvants précieux.

a) *Le traitement médical.* — Nous avons eu recours uniquement à l'iode, qui est un médicament doué d'une très grande activité dans l'hypertthyroïdie. Nous avons utilisé la solution iodo-iodurée de Lugol (Iode 5 gr. - Iodure de potassium 10 gr. - Eau 100 cc.). Les doses seront fractionnées dans la journée en trois à six fois ; il est exceptionnel que l'on ait à dépasser le taux de 35 à 40 gouttes. Nous envisagerons avec les résultats thérapeutiques la valeur respective de chacune des médications ; il convient cependant de signaler que nous avons

obtenu des résultats excellents avec la simple thérapeutique iodée, en particulier l'amendement notable des troubles psychiques. Par contre, il n'existe aucune autre contre-indication à la cure iodique que les troubles digestifs, mais ceux-ci, chez les hyperthyroïdiens, sont facilement évités par l'absorption du médicament dans du lait. En cas d'intolérance, on pourra essayer de remplacer le Lugol par un composé organique ou par de la diodotyrosine (3 comprimés par jour à 0,20), qui nous paraît moins active.

b) Le traitement physiothérapique. — Il est essentiellement constitué par la roentgeuthérapie et la galvanofaradisation. Les troubles psychiques sont remarquablement influencés par le traitement physiothérapique. Les résultats sont parfois rapides ; cependant, le traitement est très long et doit être réparti sur plusieurs mois.

On commencera par une première série de roentgeuthérapie profonde, qui comprendra 1.500 r. par champ administrés en 6 séances de 250 r. Cette série dure un mois. On peut alors, après un repos d'un mois, refaire une série de 1.500 r. ou encore intercaler 12 séances de galvanisation sur le corps thyroïde, à raison de trois séances par semaine, 5 mille A pendant 30 minutes. Au total, en une période qui s'étalera de 5 à 10 mois, le malade aura reçu une dose de 4.500 r. A partir de ce temps, on peut tabler souvent sur des résultats durables. Signalons que, suivant l'expérience du docteur Cossa, il ne semble pas que le traitement physiothérapique entrave une intervention chirurgicale ultérieure.

c) Le traitement chirurgical. — Sauf dans les cas vraiment exceptionnels où la thyroïdectomie apparaît comme une intervention chirurgicale d'urgence, l'acte chirurgical devra toujours être précédé d'une préparation médicale sérieuse : repos le plus absolu, adminis-

tration de barbituriques souvent à doses assez fortes, sympathicolytiques, cure de Lugol absolument indispensable et parfois même cure digitalique.

La plupart des interventions ont été faites par le docteur GRINDA. La formule actuelle est à la thyroïdectomie subtotale ; cependant, il nous semble que dans les manifestations psychiques graves de l'hyperthyroïdie, la thyroïdectomie totale donne des résultats remarquables et définitifs.

Nous avons fait pratiquer une seule thyroïdectomie subtotale ; il y a eu immédiatement une amélioration importante des phénomènes psychiques, mais ultérieurement il a fallu consolider cette amélioration et combattre une reprise des manifestations mentales en instituant un traitement iodique et physiothérapiutique.

Nous avons fait pratiquer plusieurs thyroïdectomies totales et, dans tous les cas, nous avons obtenu des guérisons que nous considérons comme définitives. Nous n'avons pas observé de myxœdème secondaire (ou du moins si fruste, que quelques milligrammes d'extrait thyroïdien y palliaient), soit que le peu de parenchyme glandulaire qui subsiste assure une sécrétion suffisante, soit que la cause première du mal de Basedow, de même qu'elle a développé le corps thyroïde ait développé des glandes aberrantes.

d) L'on peut résumer de la façon suivante les indications des différents modes thérapeutiques que nous venons d'envisager.

1° Petit goître - signes psychiques peu graves et métabolisme peu élevé.

Iode : 4 à 8 semaines.

Si bon effet, on continue.

Si effet insuffisant,
ou épuisement rapide de l'activité,
ou intolérance,
alors R. X.

Nous avons pu observer avec une assez grande fréquence l'épuisement rapide de l'activité de l'iode. Cette notion n'est d'ailleurs pas nouvelle, de nombreux auteurs ayant déjà insisté sur ce fait.

2° Petit goître ou pas de goître,
mais signes psychiques importants,
ou métabolisme assez élevé,
R X d'emblée.

3° Goître important,
gros troubles toxiques,
Traitement chirurgical d'emblée.

4° Troubles du type délire aigu.
Traitement chirurgical d'emblée.

II. — LES RESULTATS THERAPEUTIQUES.

L'examen des résultats thérapeutiques va nous fournir des éléments de toute première importance dans l'appréciation exacte de ces formes psychiques pures et prévalentes de l'hyperthyroïdie. Il est en effet évident, que si en traitant le seul facteur biologique endocrinien, nous influençons le syndrome psychiatrique avec une régularité suffisante l'éventualité de relation de causalité deviendra beaucoup plus vraisemblable que celle d'une simple coïncidence, voire même d'une erreur d'optique.

a) *Résultats globaux.*

Sur nos 75 malades, nous ne retiendrons que les 47 qui ont pu être fidèlement, régulièrement suivis. Là-dessus, 3 n'ont eu qu'un traitement interne à l'iode ; 34 ont été soumis à un traitement à la fois médical et physiothérapique ; 9 ont été thyroïdectomisés.

Nous pouvons concrétiser les résultats dans le tableau suivant :

1° Concordance des résultats (parallélisme exact d'évolution de l'état mental et de l'état biologique) ; 36 cas, soit 76,5 pour 100.

	Cas
Guérison (état psychique normal - métabolisme normal	13
Guérison suivie de rechute parallèle ..	2
Grosse amélioration	14
Amélioration légère	4
Amélioration nulle	3

2° Discordance partielle : 7 cas, soit 15 %.

	Cas
Amélioration psychique avec conserva- tion d'un métabolisme de base élevé	4
Guérison clinique et biologique du basedow et amélioration psychique seulement relative	3

3° Discordance absolue : guérison du basedow sans modification aucune de l'état psychique, soit : 8,5.

Ainsi à considérer l'ensemble de nos cas, le résultat thérapeutique concorde sur le plan psychologique et

sur le plan biologique dans 76,5 % des cas. Nous soulignerons, dans les résultats, l'importance des deux cas de guérison suivis de rechute : Une des malades, nerveuse simple, avait été traitée radiothérapiquement et médicalement, et avait vu disparaître les troubles nerveux, en même temps que son métabolisme de base initialement à + 20 % revenait à la normale. Une interruption trop rapide du traitement médical a été suivie au bout de trois mois, d'une rechute avec parallélisme exact des troubles mentaux et biologiques. Cette rechute a facilement cédé à la reprise de l'iode.

L'autre malade est beaucoup plus typique encore. C'est une femme âgée, vieille goitreuse, qui a présenté brusquement un syndrome d'action extérieure, en même temps qu'apparaissaient des signes de basodowification. (Nous avons d'ailleurs rapporté l'observation de cette malade dans ce travail). Rappelons qu'une thyroïdectomie partielle limitée aux zones adénomateuses a fait disparaître la totalité des troubles psychiques. La rechute ne s'est produite que deux ans après : petite reprise hallucinatoire, amaigrissement, tachycardie. Elle a cédé à la radiothérapie et au traitement médical.

b) Résultats suivant le mode thérapeutique.

Le traitement médical simple nous a donné une guérison et deux grandes améliorations. Si sa statistique s'arrête là, c'est que, lorsqu'il n'agit pas en trois ou quatre semaines, nous recourrons immédiatement à la physiothérapie. Celle-ci a donné 25 résultats concordants (six guérisons, une guérison suivie de rechute, onze grandes améliorations, quatre améliorations légères, trois échecs). Il faut, en outre, inscrire à son tableau les sept résultats partiellement discordants (quatre améliorations du seul psychisme ; trois améliorations légè-

res du psychisme, avec guérison du Basedow) et la moitié des résultats totalement discordants (deux sur quatre : une psychose hallucinatoire chez une grande anxieuse, que le traitement hépatique a ensuite améliorée). Quant à la chirurgie, elle est responsable de huit résultats concordants, tous heureux (six guérisons, une guérison avec rechute, une très grande amélioration).

Cette comparaison entre les résultats de la chirurgie et ceux de la radiothérapie est, on le voit, tout à l'honneur de la première ; celle-ci, quand son intervention a été complète, n'a pas connu d'échec.

c) Résultats suivant les formes psychiatriques.

Nous les résumerons dans le tableau suivant :

	CAS MINEURS		CAS MAJEURS	
	Chiffre	Pourcentage	Chiffre	Pourcentage
Nombre total des cas	34	»	13	
Résultats concordants	30	88	6	46
Résultats partiellement discordants	3	10	4	30
Résultats totalement discordants	3	2	3	24

On le voit clairement : l'opposition est formelle entre les deux groupes psychiatriques observés : ceux de nos malades qui présentaient des syndromes mentaux graves (maniaques, dépressifs, interprétants, hallucinés, obsédés) n'ont vu leurs troubles psychiques suivre l'évolution thérapeutique des troubles endocriniens que dans la moitié des cas. Au contraire, ceux chez qui

l'anomalie mentale ne frappait que le caractère, l'humeur ou le comportement ont évolué parallèlement à l'hyperthyroïdie dans 88 % des cas. Et ce parallélisme évolutif, en éliminant la possibilité d'une simple coexistence, vient prouver l'origine thyroïdienne du trouble mental, déjà entrevu par la clinique et confirmé par l'élévation du métabolisme de base.

Il y a donc bien des formes psychiques de la maladie de Basedow. Les troubles mentaux peuvent prédominer seulement, la clinique y retrouvant plus ou moins frustes un ou plusieurs des signes physiques de l'hyperthyroïdie (formes psychiques prévalentes. Ils peuvent, moins souvent, constituer à eux seuls toute la maladie (formes psychiques pures). Dans tous les cas, les épreuves biologiques peuvent seules faire la preuve que l'origine est bien thyroïdienne.

Cette notion paraît importante et féconde par ses conséquences thérapeutiques.

Elle permet de soigner endocrinologiquement et de guérir certains malades que le seul examen clinique ferait considérer comme purement mentaux et qu'un traitement psychiatrique ne suffirait certainement pas à modifier.

CONCLUSIONS

-° A côté des cas où une hyperthyroïdie, endocrinologiquement évidente et connue, se complique secondairement de troubles psychiques (des plus légères anomalies de caractère au délire aigu terminal), il est des cas où toute l'histoire clinique de la maladie est une histoire psychiatrique. Il existe des formes psychiques pures ou prévalentes de la maladie de Basedow, formes importantes à connaître à cause de leurs possibilités thérapeutiques.

2° Ces formes revêtent habituellement une allure clinique peu grave : instables, émotifs simples, anxieux simples, anxieux agités ; et beaucoup plus rarement, pseudo-neurasthéniques ou pseudo-psychasthéniques. L'origine thyroïdienne ne peut être affirmée, les signes endocriniens étant frustes, peu nombreux, ou absents, que par les épreuves biologiques. L'évolution thérapeutique confirme cette origine dans 88 % des cas.

3° Il en est tout autrement lorsque le syndrome mental qui recouvre un syndrome d'hyperthyroïdie (même franc, avec augmentation considérable du métabolisme de base) est un état psychiatrique nosologiquement individualisé, sérieux ou grave.

Alors, la concordance de l'évolution thérapeutique ne vient confirmer nos relations de causalité entre l'élément psychique et l'élément endocrinien que dans la moitié des cas.

Vu et approuvé :
Le Président du Jury :
L. CORNIL.

Vu et approuvé :
Le Doyen :
L. CORNIL.

Vu et permis d'imprimer :
Aix, le Mars 1940
Le Recteur : E. GAU

TABLE DES MATIERES

Introduction	15
Historique	17
Les Syndromes psychiatriques	21
Observations	27
Le Syndrome psychique et biologique	37
Le Traitement - Les résultats thérapeutiques	39
Conclusions	47

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
